

主催：独立行政法人 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
「非行・犯罪行為に至った知的障害者を支援し続ける人のための実践者研修会」

「矯正」と「福祉」と「医療」を結ぶもの

東京医科大学 精神医学分野

(東京医科大学病院 こどものこころ診療部門)

法務省 茨城農芸学院

柵屋 二郎

※本発表に開示すべき利益相反状態は有りません



少年院勤務で、こういった問題を考えた端緒

「彼等は確かに加害者だけど、被害者でもある・・・」

「被虐待体験の多さ・深刻さ」

「発達障害やそう見える少年の多さ」

「よくキレル少年・・・」

「幼少時から身近な人間に暴力を
ふるわれてきた少年に

『人を殴ることはよくないこと』

と教える難しさ」



本日お話ししたいこと

「愛着の問題」

「発達の問題」

「トラウマの問題」



これらが精神障害を持つ触法リスク者に
どう関わり、福祉・医療はどう連携していく
べきか？



少年法の厳罰化の背景に精神障害が...

★平成12年改正

- ・刑事責任年齢の引き下げ(16歳→14歳)
→神戸児童連続殺傷事件の影響

★平成19年改正

- ・少年院送致の年齢下限引き下げ
→「14歳以上」から「おおむね12歳以上」
→H19の少年法改正で小学生も収容可能となる。
→H15～H16の長崎での2つの事件が改正の契機



刑務所受刑者と少年院入院者の精神障害

① 平成元年

種別	総数	うち精神障害を有する者									
		知的障害		人格障害		神経症性障害		その他の精神障害			
入所受刑者	24,605	760	(3.1)	257	(1.0)	80	(0.3)	46	(0.2)	377	(1.5)
少年院入院者	4,811	174	(3.6)	94	(2.0)	3	(0.1)	4	(0.1)	73	(1.5)

② 平成15年

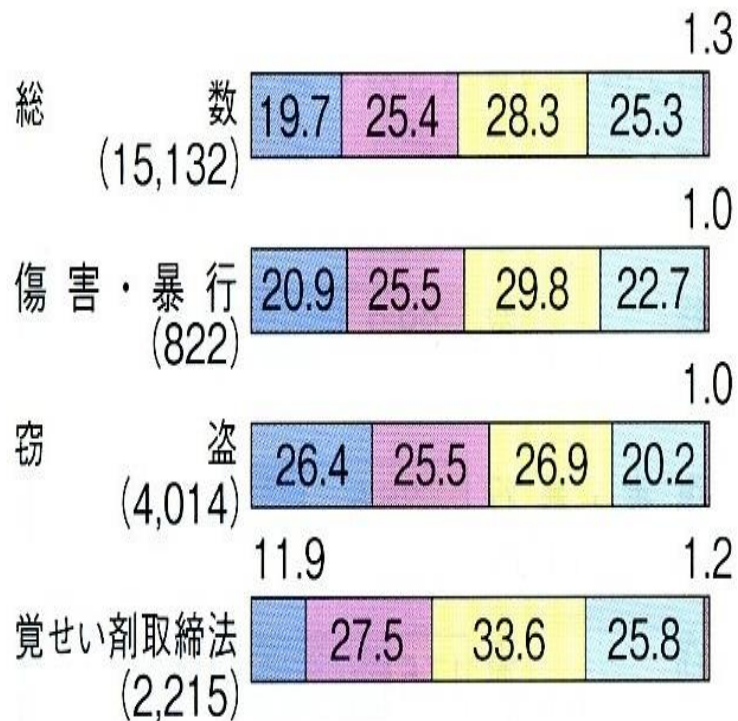
種別	総数	うち精神障害を有する者									
		知的障害		人格障害		神経症性障害		その他の精神障害			
入所受刑者	31,355	1,910	(6.1)	324	(1.0)	174	(0.6)	313	(1.0)	1,099	(3.5)
少年院入院者	5,823	281	(4.8)	103	(1.8)	18	(0.3)	5	(0.1)	155	(2.7)

③ 平成30年

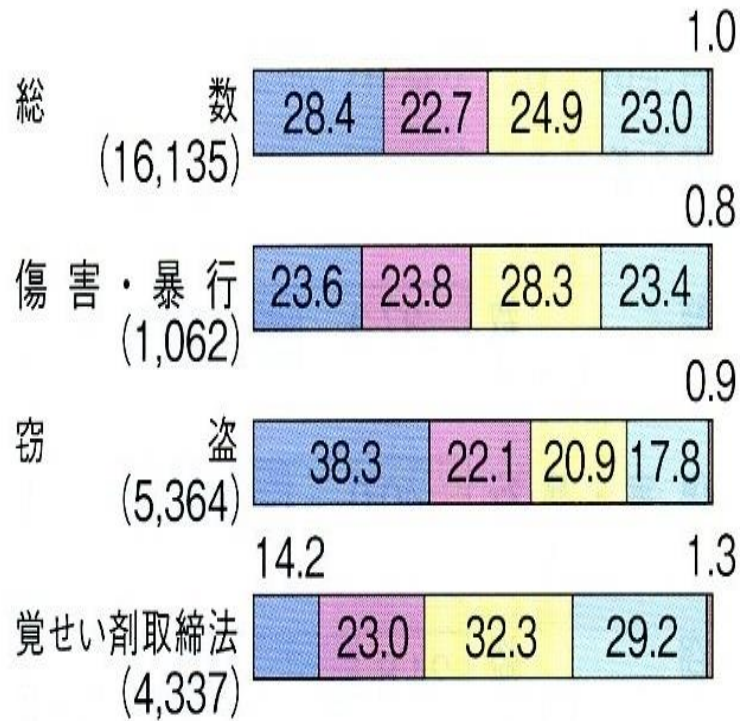
種別	総数	うち精神障害を有する者									
		知的障害		人格障害		神経症性障害		その他の精神障害			
入所受刑者	18,272	2,733	(15.0)	303	(1.7)	138	(0.8)	434	(2.4)	1,858	(10.2)
少年院入院者	2,108	476	(22.6)	144	(6.8)	7	(0.3)	3	(0.1)	322	(15.3)

刑務所初入者・再入者の知能段階別構成比(平成18年)

① 初入者



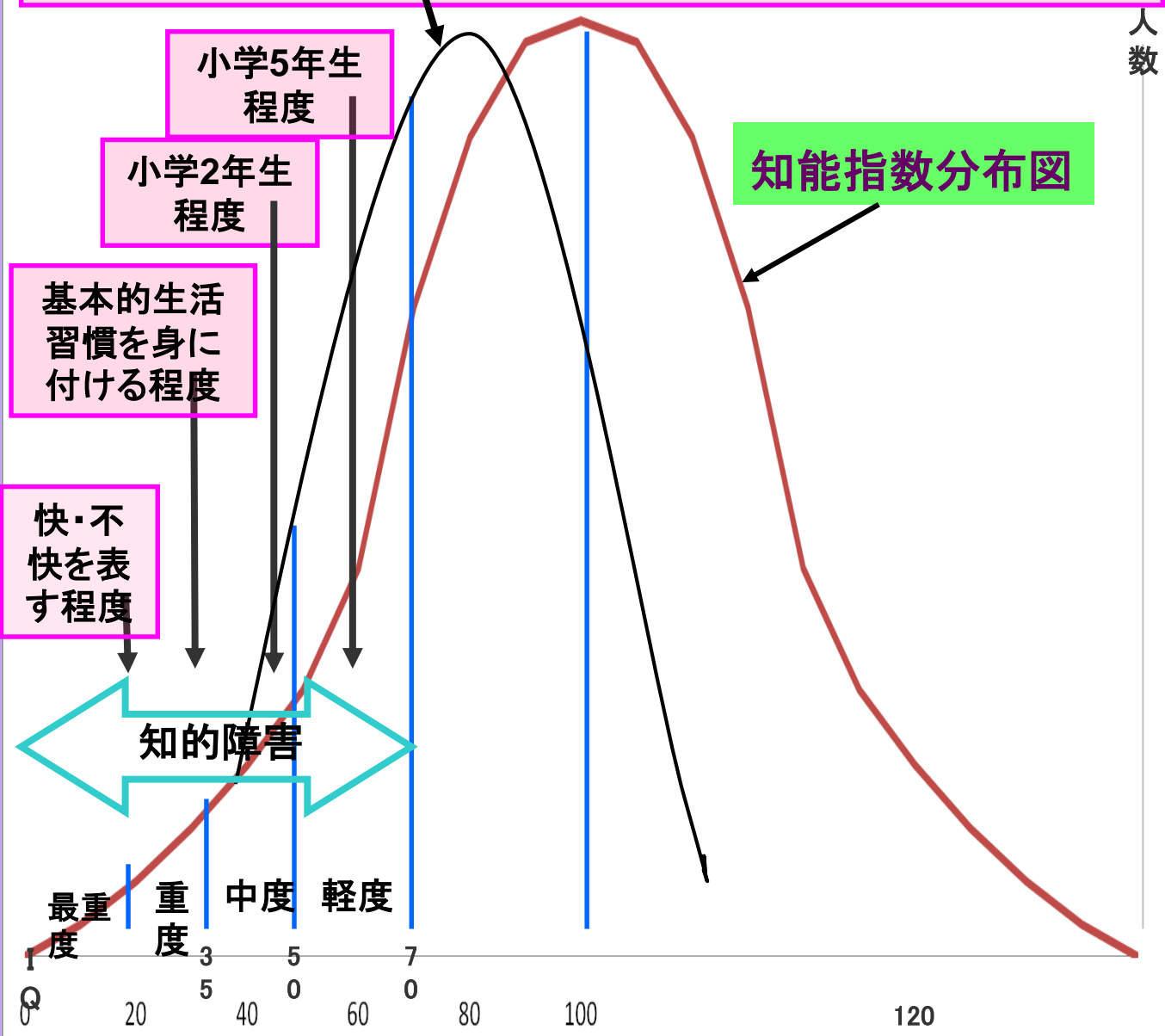
② 再入者



■ 69以下 ■ 70~79 ■ 80~89 ■ 90~109 ■ 110以上

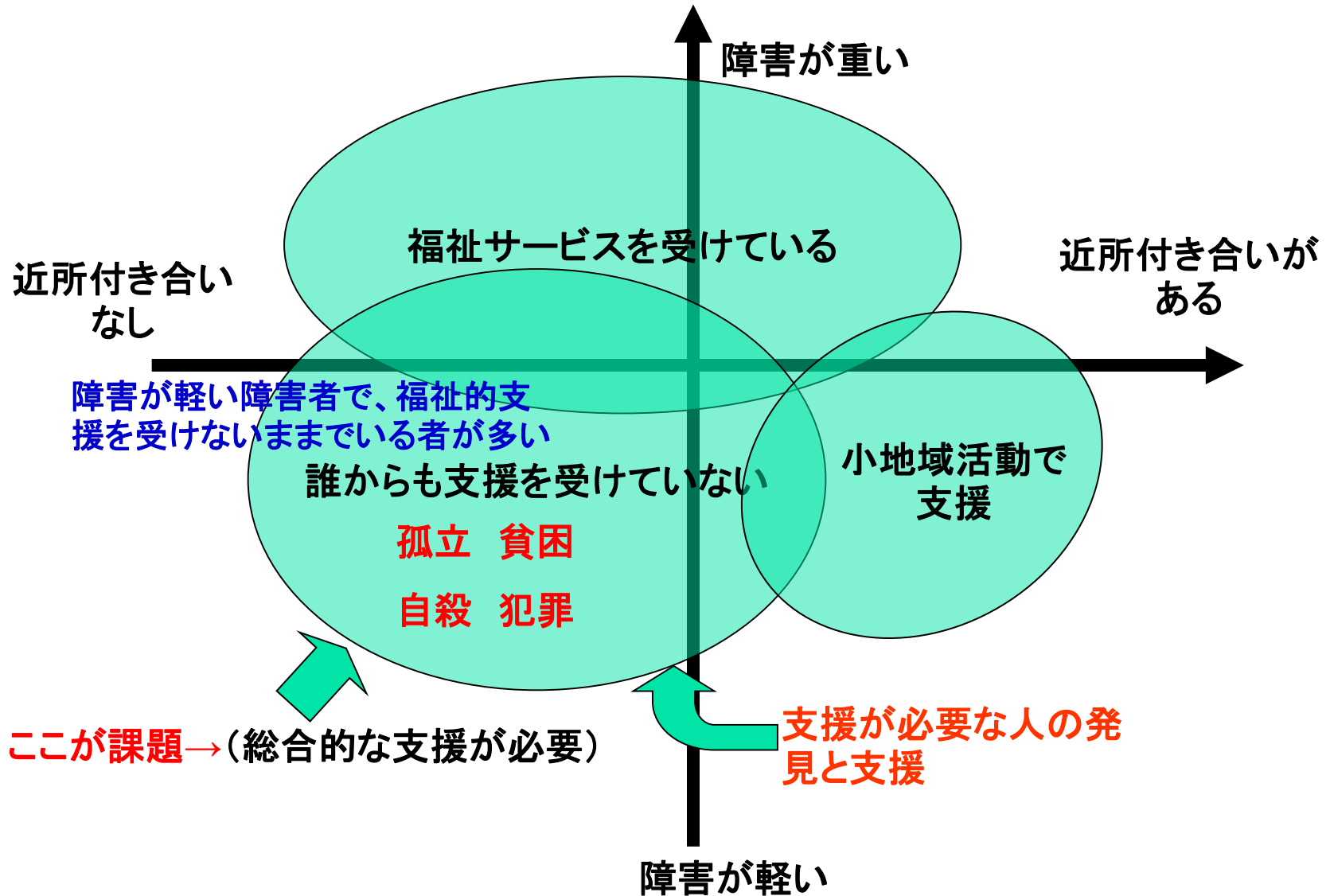


新受刑者の知能指数相当値(CAPAS)山はIQ85前後 (知的障害の疑い)22.9%



支援が必要な障害者の地域での暮らし

豊中市社会福祉協議会 勝部麗子氏作成資料を基に作成



少年院の少年たちと接して(私見)

自分や他人や社会に対する強烈な信頼感の欠如

複雑な対人関係は構築困難。
対人回避(しかし、自己愛を満たすための対人希求, 依存心性は大)。意に反する集団化。

信じる拠りどころ(基準)が無く、
何を信じていいか分からない

認知の歪み。氾濫する情報の過信

常に不安と疑心がつきまとう脆い人間関係

①マルトリートメントの問題

②社会通念の問題

③メディアの問題

④基盤障害と二次的・三次的障害

人は安心できる環境で生育してこそ基本的信頼感を得る!



①少年院入院者におけるマルトリートメントの問題

関東医療少年院における実父母率：20～30%

→面会に来ない、引き取り拒否・・・

☆虐待

- ・少年院入院者の半数以上が何らかの被虐待体験
- ・女子少年の半数以上に性虐待体験というデータも有り

☆過保護・過干渉

- ・毎日のように面会要求、電話。過度な注文や要求。
- ・被害者側を非難。
- ・少年も親も分離不安が大きい。

☆投影性同一視

- ・子どもに自身の理想を押し付け、完璧を求める。

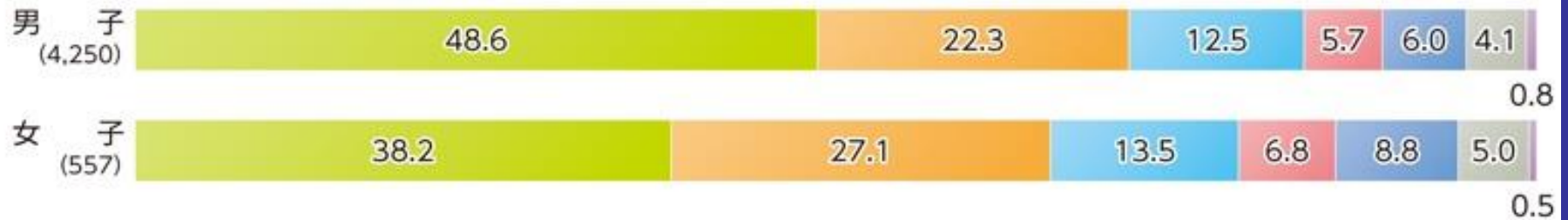
→Good Enough Mother の不在

(急速な核家族化の中で親も孤立し、支援が無い)

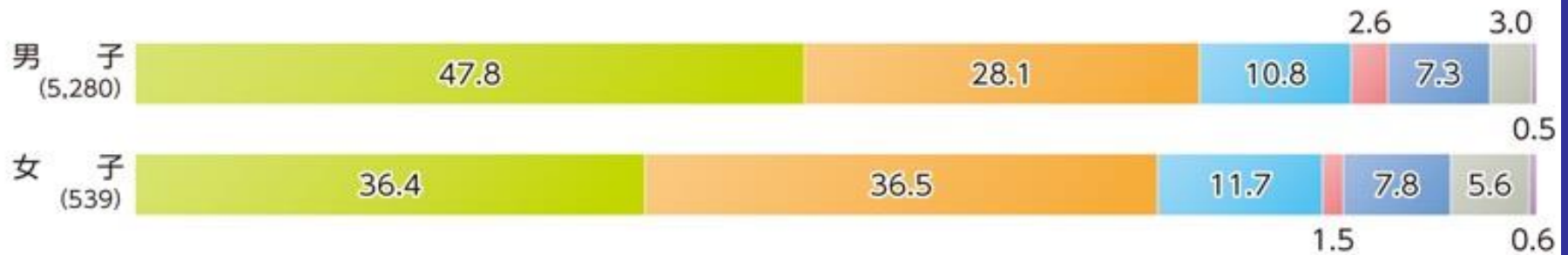


少年院入院者数の保護者状況

① 平成元年



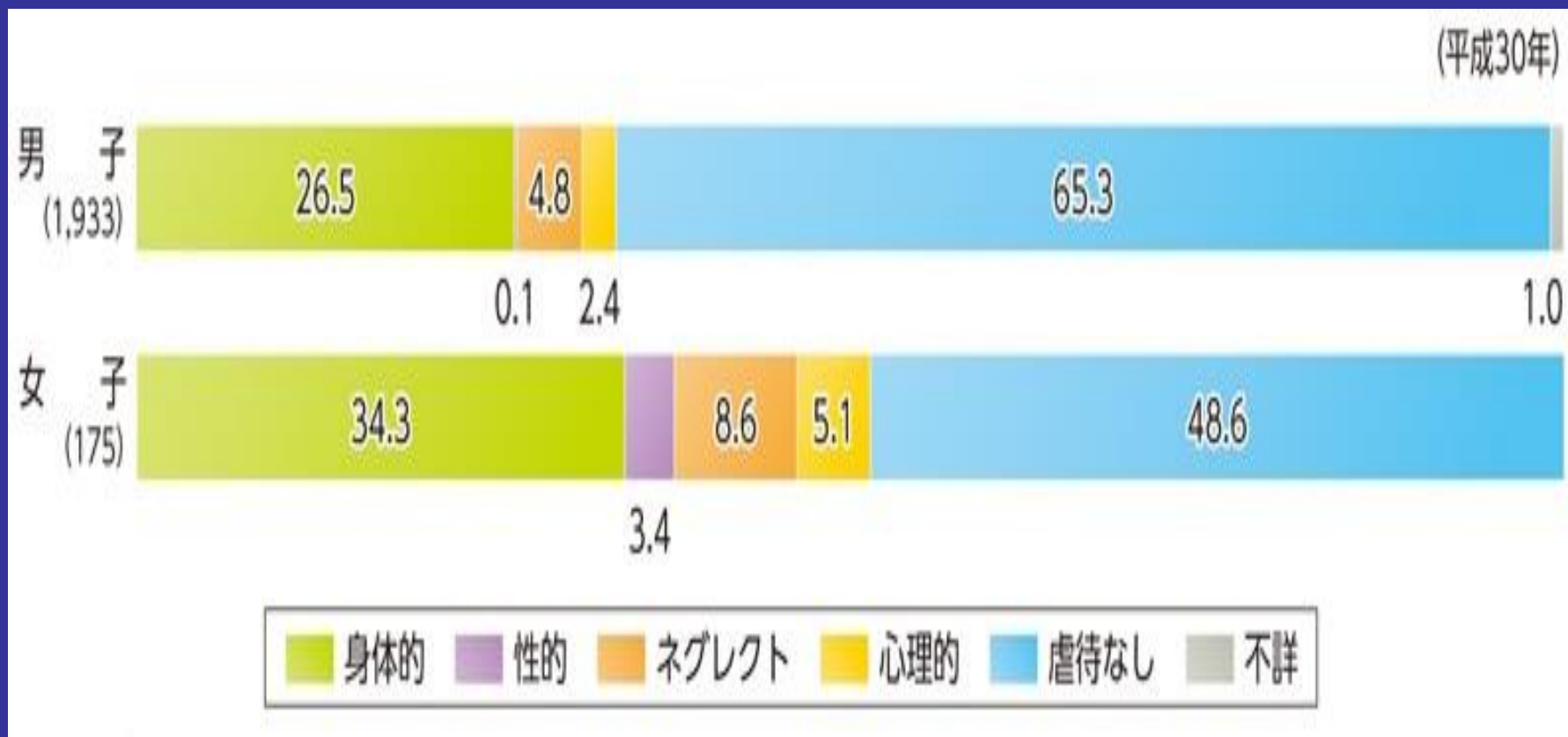
② 平成15年



③ 平成30年



少年院入院者の被虐待歴



②社会通念の問題(少年側の視点)

☆現代社会における価値観の風潮

「勉強ができ、学歴がよく、安定した仕事を持つ」

「富裕であること」 *etc*



自身の努力を超えたところで
貧困や学業不振に悩む少年



「こんな社会で、こんな状況の自分が、何を努力しても、
どうせ無駄だ」という諦めや挫折



自尊心の低下、自暴自棄



②社会通念の問題(親側の視点)

☆現代社会における価値観の風潮

「勉強ができ、学歴がよく、安定した仕事を持つ」

「富裕であること」 *etc*



他家の子供との比較によって我が子を評価。

世間体や周囲の評価を気にする。



合わない教育を、人格形成に重要な早期に開始。

少子化で子供1人にかかる時間や熱意の増加。



不適切な養育で、子は自我がいびつに成長。

時限爆弾化(いきなり型非行へ)



③メディアの問題

☆携帯電話の高機能化と普及→ネット使用年齢が低下

※ネット上の情報にはフィルターや規制なし

→「嘘の情報」、「残虐な情報」、「不適切な性情報」、

「反社会的行為を美化する情報」が容易に閲覧

→それらを信じ込んだり、それらに影響され、非行

※ネットの匿名性

→「何を書いてもばれない、許される」という誤解

→自我の攻撃性や万能感がいびつに増大

※ネット上のみの虚構でも濃密でもない人間関係

→成長促進的な傷つきや葛藤の不足(自己愛的成長)

→実社会で傷ついたり挫折すると他罰的になったり、

他者への攻撃性につながることも。



知的・発達障害の一次障害、二次障害

★一次障害（発達障害本来の症状・特性）

- 「何らかの生来の脳機能障害のために(認知、知能、運動、言語、社会的行動などにおいて)年齢に期待される発達課題が達成できない」(本来は知的障害なども含まれる)
- 脳機能の制約が直接的に行動に現れているだけであり、本来は社会的評価とは無関係
- しかし実際には社会的評価と結びついてしまう

★二次障害（自尊心の低下によって生じる）

- ・内在化症状・・・抑うつ、不安 等
- ・外在化症状・・・ひきこもり、不登校、暴力 等
- ・基盤として存在する発達障害が見えづらくなる
- 周囲の不適切な対応を引き起こす→悪循環へ



一次障害
(本来の発達障害特性)



行動上の問題
周囲とのずれ



周囲からの
社会的評価の低下

二次障害の発現と増悪

周囲の不適切な対応
孤立・いじめ
理不尽で過度の叱責
虐待 など

二次症状の発現・増悪
内在化
外在化

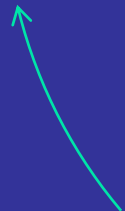


悪循環

自己肯定感の
低下



基本的信頼感の低下



外在化を発現させる要因

☆バイオサイコソーシャルモデル

①生物的要因

(例) 脳の局在的要因、実行機能障害・・・

②心理的要因

(例) 学習理論的要因、対人認知的要因・・・

③社会的要因・環境要因

(例) リスク因子と保護因子・・・



外在化を発現させる要因の一例

☆学習理論的要因

子どもの問題行動に対する親の否定的・強圧的態度

→子どもは問題行動をエスカレートさせ反抗

→親が諦めると子どもは負の学習

→子どもは家庭内、続いて家庭外で攻撃性発露

→子どもが折れると親が負の学習

→親の否定的・強圧的態度が強化

→子どもは家庭外、遂には家庭内で攻撃性発露



外在化を発現させる要因の一例

☆対人認知的要因

自尊心や自己肯定感が過度に毀損していると、劣等感から対人関係において相手を正しく認知する他者認知が歪み、相手から必要以上に悪意や攻撃性を感じる。その反応として攻撃性が発露。

自己や他者への認知という対人認知は対人関係において心理的基盤となるため、対人認知に歪みを生じると安定した対人関係が構築・維持できない。これも攻撃性へとつながっていく。



世界におけるADHDと非行・犯罪の疫学

☆Moffitら(1990)

→ニュージーランドでの大規模前向きコホートにて、
3歳時点でADDと診断された者の約半数が15歳時
点で非行化

(非行化事例にはDBDマーチの経過をたどったと考
えられる事例が多く含まれている。)

☆Siponmaaら(2001)

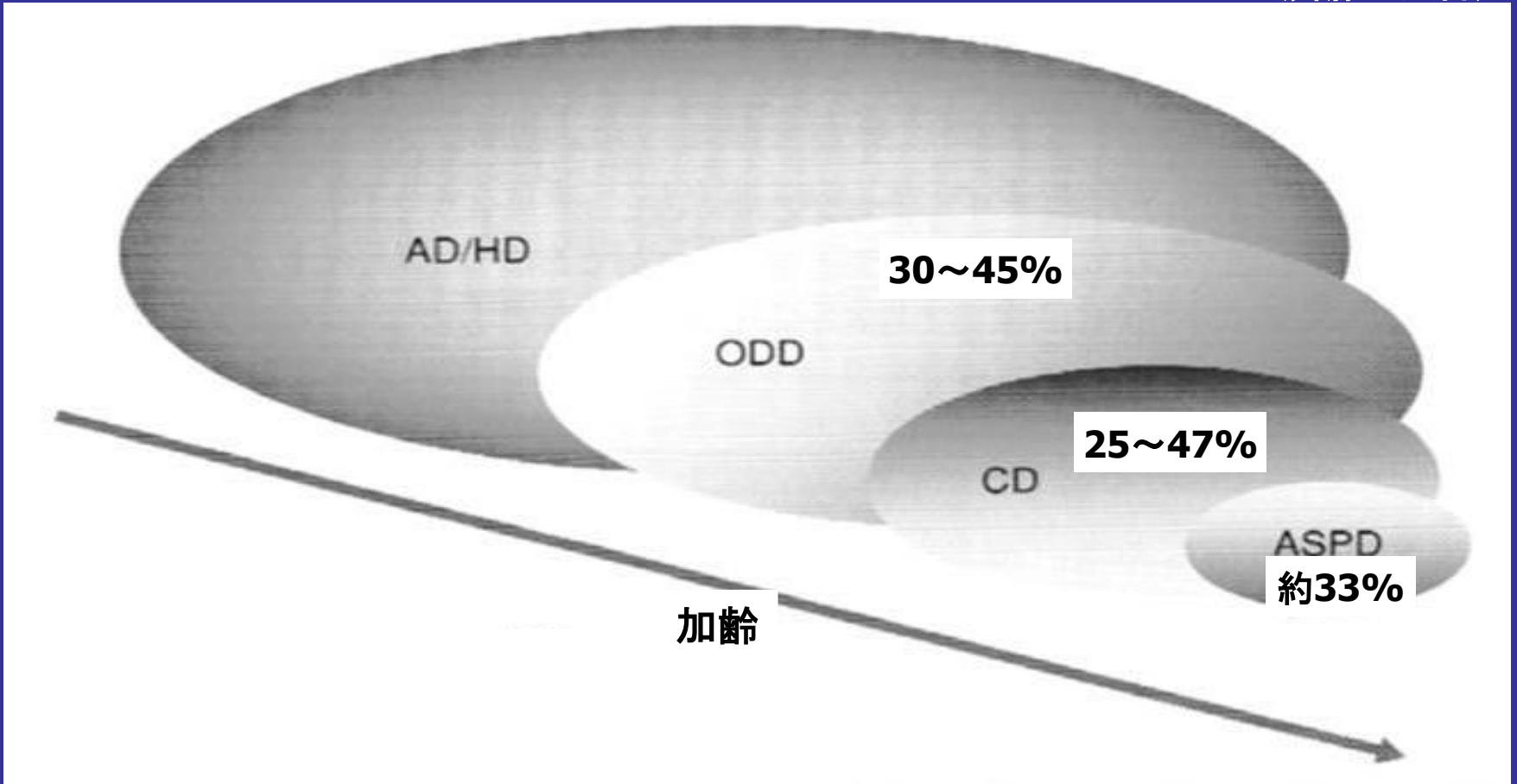
→126名の若年犯罪者の調査でADHD罹患者が
約15%存在。

こういった背景からADHDはDSM-IVにおいては他の
発達障害とは別の「注意欠如および破壊的行動障害」
に素行障害や反抗挑戦性障害と共に分類された。



DBDマーチ

(齊藤万比古)



DBD: Disruptive Behavior Disorder (破壊的行動障害)

ODD: Oppositional Defiant Disorder (反抗挑戦性障害)

CD: Conduct Disorder (素行障害)

ASPD: Antisocial Personality Disorder (反社会性パーソナリティ障害)



しかし・・・

- ☆十一はADHDの反社会的行動について、併存障害や極端に不遇であったり不利であったりする環境要因(虐待など)が無い限り、深刻な非行化はしないのではないかと自験例を基に推測。
- ☆齊藤は適切な支援を受けられればDBDへ進展しなかったADHD者が不適切な対応を取られ、二次的に破壊的行動を呈さざるをえなかった事象に注目すべき。
- ☆米国Public Health Service
 - 反社会的行動への発達的問題の統計的な主効果(他の要因の影響を無視した場合の、ある要因の効果が全体的に与える影響)は小さい。



発達障害と非行・犯罪のエビデンス

- ・知的障害を含む学業不振は危険因子
- ・加害者よりも被害者になりやすい(7倍という報告も)
- ・スウェーデンでの調査では、判決前鑑定をされた若年犯罪者の3%がアスペルガー症候群
- ・英国の保安病院では1.5~2.5%がASD
- ・大多数は法を遵守するが、僅かな者が触法
- ・非社会的であっても反社会的ではない人が多い
- ・発達障害自体は危険因子ではない！
- ・適切な支援を受けられていない発達障害は危険因子となる場合がある。



ASD者と触法について考えるべき3つの因子

①準備因子

(Predisposing factors)

②誘発因子

(Precipitating factors)

③永続因子

(Perpetuating factors)



リチャード・ミルズ (英国自閉症協会)



①準備因子 (Predisposing factors)

★認知の特徴

- ・行動に伴う結果を考慮しない、予測できない
 - ・他人の心情や反応を予測できない
 - ・ルールや規則への理解不足や誤解が大きい。しばられる。
 - ・硬直性(興味の限局、固執、字義通り解釈、被暗示性など)
 - ・衝動統制の不良
 - ・併存障害の存在
- など

★ありがちなスキーマの例

- ・犯罪が認識されない→他人に知られなければ結果がない
→知られなければ犯罪も無い
- ・偏見や社会的烙印からの犯罪→被害者を重要と思わない
→犯罪ではないと認識する
- ・大義による犯罪→皆に感謝されると思う
→犯罪ではないと認識する



②誘発因子(Precipitating factors)

- ・社会的孤立
 - ・周囲からのいじめ、家族からの敵意の表出・虐待
 - ・悪意のある、強いパーソナリティを持った他者の存在
 - ・ルーチンの破壊
 - ・感覚刺激への反応
 - ・不安とパニック
 - ・犯罪に結びつきやすいこだわりの存在
(犯罪とその効果に関する知的関心)
 - ・周囲との情緒的つながりの欠如
- など



③永続因子(Perpetuating factors)

- ・併存する精神障害への未治療
 - ・計画的介入の欠如
 - ・誘発因子の継続(例:孤立状況等の継続や悪化等)
 - ・内的スキーマの確立
 - ・問題行動や犯罪に対する誤った対応
- 単に罰するだけの対応は最も強い永続因子となる!!

など



精神障害者の社会での不適応を考えると・・・

「愛着の問題」

「発達の問題」

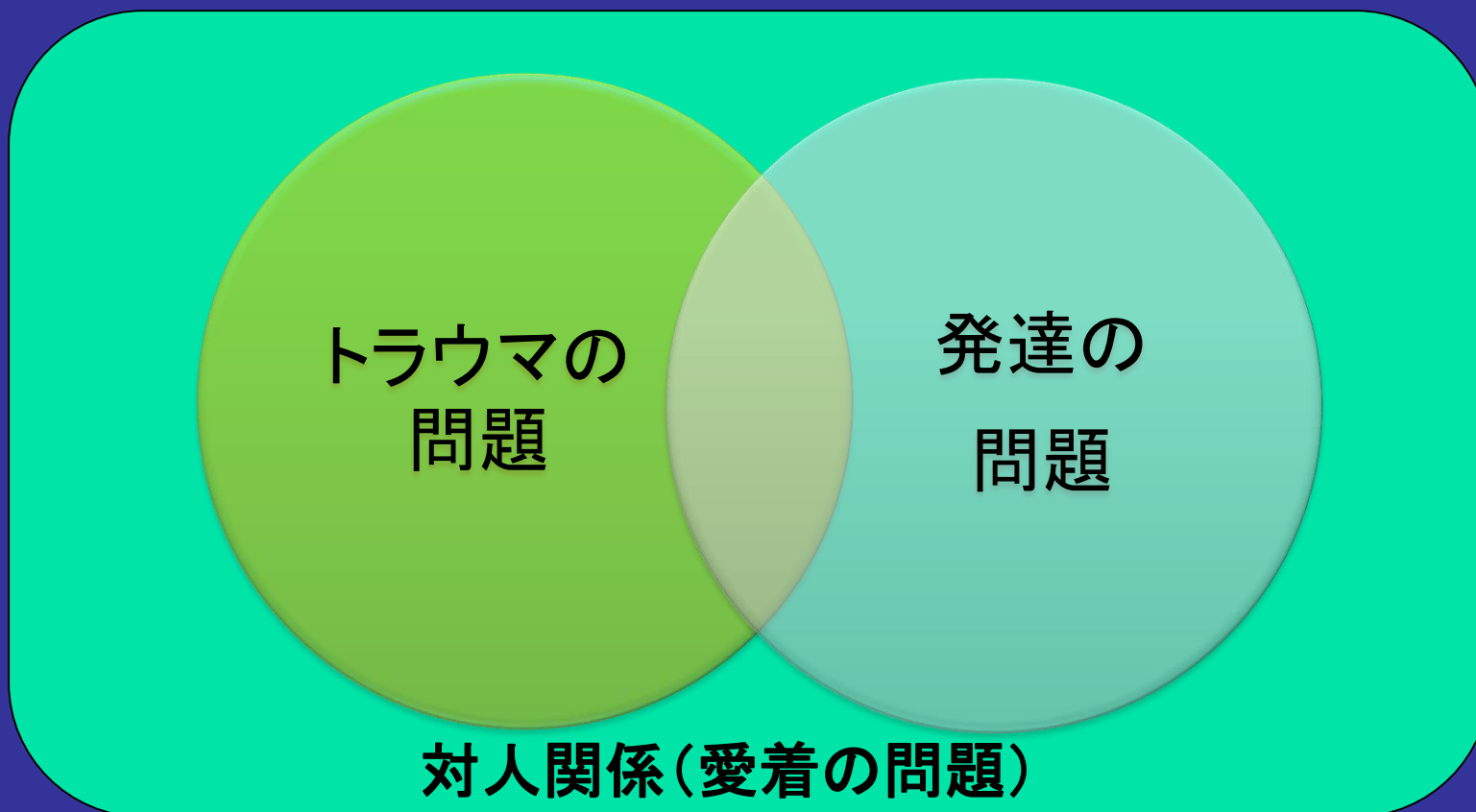
「トラウマの問題」



これらは、「災害」、「被虐待・被いじめ」、
「不登校・ひきこもり」
等々の問題にあてはまる。



触法に至った障害者を取り巻く実相



- この判断と対応・支援を単職種で行うのは困難
- アセスメントの重要性
 - 多職種 of 支援チーム (TS) の重要性



子どもの脳と「トラウマ」

- ☆「脳は使われたように発達する～Use -dependent～」(Bruce Perry)
- 常に脅威に反応しなければならない状況では、
「生存する」ことにだけ注意を集中させ続ける
- 脅威に反応する領域だけが発達し、感情や思考の領域が育たない。
- 情緒的やり取りや探索が滞る
- 健康的発育に長期的影響
- 例：虐待と反応性愛着障害、第4の発達障害



非行臨床における発達障害と反応性愛着障害

★発達障害の存在が虐待やいじめ体験を生んでいく

→虐待による脳への深刻な影響

→「発達特性」+「虐待による脳機能障害」+「トラウマ反応」

→複雑な対人関係や愛着の問題へ

★虐待やいじめ体験が発達障害と類似した症状を・・・

→虐待による脳への深刻な影響

→「虐待による脳機能障害」+「トラウマ反応」

→発達障害と区別が付きがたい反応性愛着障害へ

→様々な認知面への影響 → 複雑な対人関係や愛着の問題



非行臨床では区別困難ケースも



休眠効果という考え方

休眠効果 (sleeper effect)

子どもの時のトラウマの影響は、必ずしもすぐに出てくるとは限らない

- ※ すべての影響が出揃うのは大人になってから
- ※ とりあえず、マイナスの影響が出ていないからといって、将来的にも問題ないとは言い切れない



PTSDを引き起こすトラウマ体験とPTSDの： 中核症状

災害、戦争・テロ、事故、
暴力犯罪、性暴力、
家庭内暴力（DV）、虐待など

トラウマ体験

フラッシュバック、
悪夢

再体験（侵入）
症状

トラウマ体験に関する記憶が蘇ったり（フラッシュバック）、悪夢として繰り返され、動悸や発汗などの身体生理反応が生じる

想起刺激の回避、
精神活動低下

回避・精神
麻痺症状

トラウマ体験を想起させる出来事や状況を避けたり（想起刺激の回避）、体験の一部を思い出せない・感情反応が収縮するなど精神活動の低下がみられる

精神的緊張状態、
集中困難、不眠

過覚醒症状

ちょっとした刺激にもおびえるような精神的緊張状態となったり、過剰な警戒心を抱いたりするほか、集中困難やイライラ、不眠などの症状があらわれる

* 認知や気分の陰性の変化：体験の一部を思い出せない、自責、他者不信、精神活動性の低下など



トラウマを経験した方への対応の基本①

1. 患者の体験に共感し、丁寧に聴く

- トラウマを体験した患者の精神的苦痛に対して、共感的に接することが重要である。トラウマ体験を共感的に丁寧に聴くことが、患者の不安を和らげ、治療的関係の構築に役立つ。

2. 無理に話を引き出さない

- ことに初診時では、トラウマ体験を話さない患者も少なくない。トラウマ体験の存在が疑われる場合は、ある程度積極的に事実を確認することが必要であるが、患者の話せる範囲のことを患者のペースで聴いていく。無理に話を引き出そうとしない。

3. 患者の対応を批判したり、被害を軽視したりしない

- 「あなたにも隙があったのでは」「たいしたことではありません。嫌なことは早く忘れて」などの言葉は二次被害となり、医療不信や症状をこじらせる原因となるので慎む。

トラウマを経験した方への対応の基本②

4. ノーマライゼーション

- トラウマ体験後に生じるさまざまな反応（再体験・回避・過覚醒症状等）は、「異常な出来事に対する正常な（よくある）反応」であることを患者や家族に説明し、症状理解を促す。

5. リラクゼーションなど自分でできる対処法を指導

- ゆっくりとした腹式の呼吸法や筋弛緩法など、自分で簡単にできるストレス対処法を活用してもらう。

6. 現実的な問題の対処を助ける

- トラウマを体験した患者は、そのことから派生した生活上の困難や問題を抱えていることが多い。犯罪被害やDVでは身の安全が確保されていないこともある。どのような援助が必要かを一緒に考えながら、警察や各種の相談機関につなげることが求められる。

強度行動障害を考える際の基本的視点

強度行動障害という状態像は、生来的に持っている資質そのものではなく、その特異な行動の意味を理解できない
支援者等によって不適切な対応が行われ、その結果として形成されてしまった2次的・3次的障害であることが多く、適切な支援や働きかけを忍耐強く行うことで行動障害の軽減が可能である。

→まず基盤となっている障害をよく知る必要がある！

アセスメントの重要性！

→場合によっては薬物療法が必要なことも・・・

→福祉、教育、心理、行政、医療の連携が重要



対象者のアセスメントの重要性 ～周囲でこんなことは有りませんか？～

☆ケース1

「あいつは反抗的で態度が悪い！ 何を聞いても不機嫌に『別に・・・』とか『知らねーよ』としか言わない！」

☆ケース2

「そのことは分かっている、こちらは何度も何度も言い聞かせているんです・・・」

☆ケース3

「彼は大丈夫です。いつもにこにこ笑っています」



対象者のアセスメントの重要性

	リスク	低密度 処遇	高密度 処遇
O'Donnell et al. 1971	低 高	16 78	22 56
Baird et al. 1979	低 高	3 37	10 18
Andrews & Kiessling, 1980	低 高	12 58	17 31
Bonta et al. 2000	低 高	15 51	32 32

表 リスクレベルと処遇密度(各群の再犯%)

★対象者のリスクに見合った密度の処遇を実施しなければ
ならない(Andrews & Bonta, 2003)

→資源の無駄、再犯率の上昇...



再犯リスクと処遇ニーズ：RNRモデル

★再犯リスク

- 再犯につながるものが統計的に示されている要因。
- 静的リスク（前歴，年齢など，処遇によって変化しないもの）
- 動的リスク（認知の歪み，衝動性の高さなど，処遇によって変化可能なもの。慢性の動的リスクと急性の動的リスクが有る）

★処遇ニーズ

- 処遇を通じて変容させることが可能な動的リスクと同義。これらのリスク要因は，処遇のターゲットとなるため，「処遇ニーズ」と呼ばれる。

R: Risk →誰に支援

N: Need →何に支援

R: Responsivity →どうやって支援（一般応答性、特別応答性）



加害者矯正の潮流

ポスト・リラプス・プリベンション・モデルの一例

★「グッド・ライブス・モデル」(GLモデル)

- 加害者を含むすべての人は「幸福」を手に入れるという目標に向かって行動していると仮定する
- 「加害」は、これらの「幸福」を「社会的に受け入れられない手段で」手に入れようとする試み
- 各対象者の「幸福」を「社会的に受け入れられる形で」実現するための変化を促し、対象者が加害を行わずに「幸福」を手に入れることができるように支援
- 単にリスク要因を統制するためのスキルを身に付けさせるのではない

「人は幸せな人生を送るために生きている」



強度行動障害を考える際の基本的視点

強度行動障害という状態像は、生来的に持っている資質そのものではなく、その特異な行動の意味を理解できない
支援者等によって不適切な対応が行われ、その結果として形成されてしまった2次的・3次的障害であることが多く、適切な支援や働きかけを忍耐強く行うことで行動障害の軽減が可能である。

→まず基盤となっている障害をよく知る必要がある！

アセスメントの重要性！

→場合によっては薬物療法が必要なことも・・・

→福祉、教育、心理、行政、医療の連携が重要



なぜ医療が福祉からの 「受け入れ要請」や「協力要請」を拒むのか？

「リスクアセスメントができない・できていない」

「医療ができることの限界」

「丸投げへの不安・恐怖」



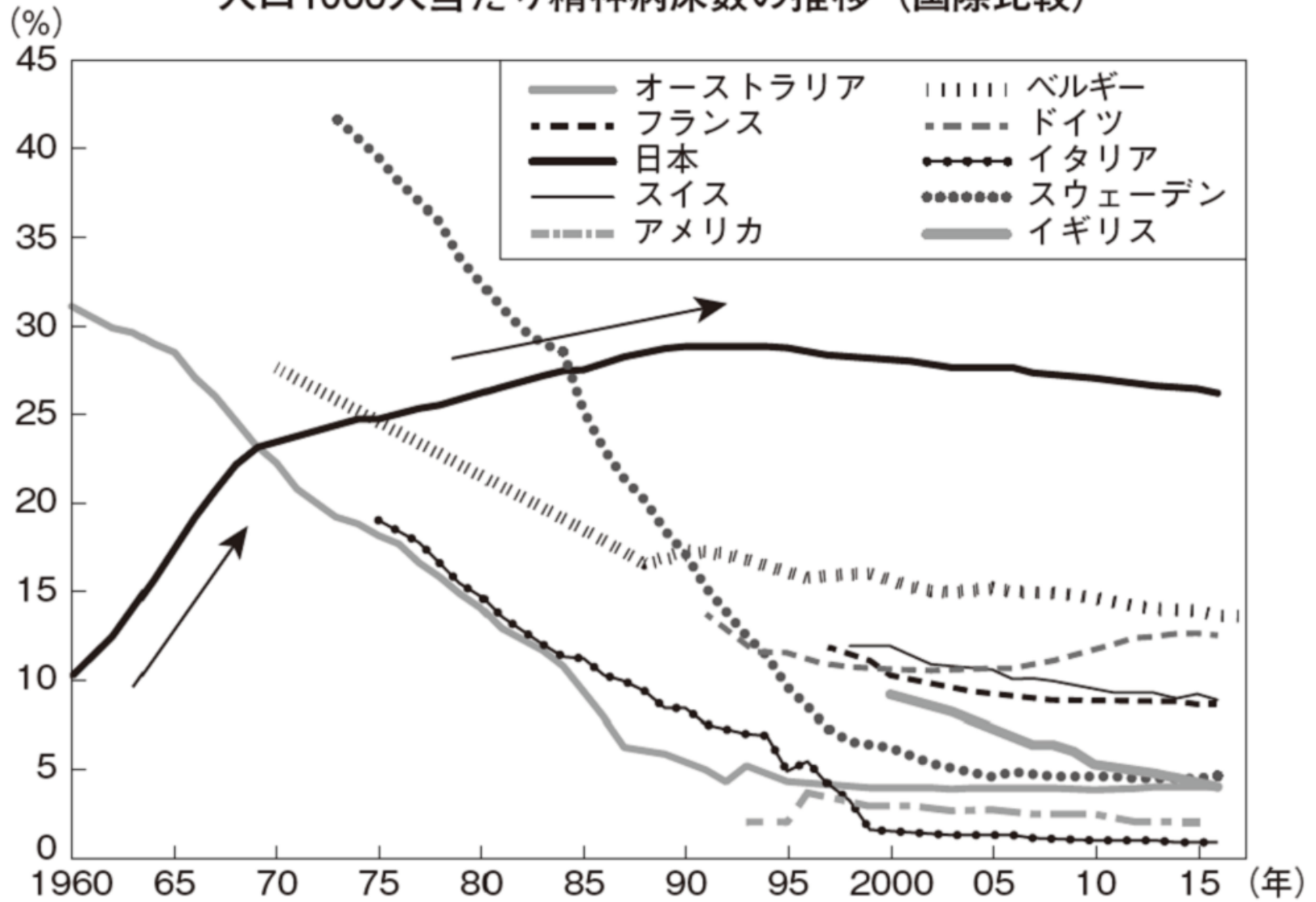
「長期入院は医療収入で経営を直撃」

「事件発生は風評や離職で経営を直撃」

ケースマネジメントの不足！



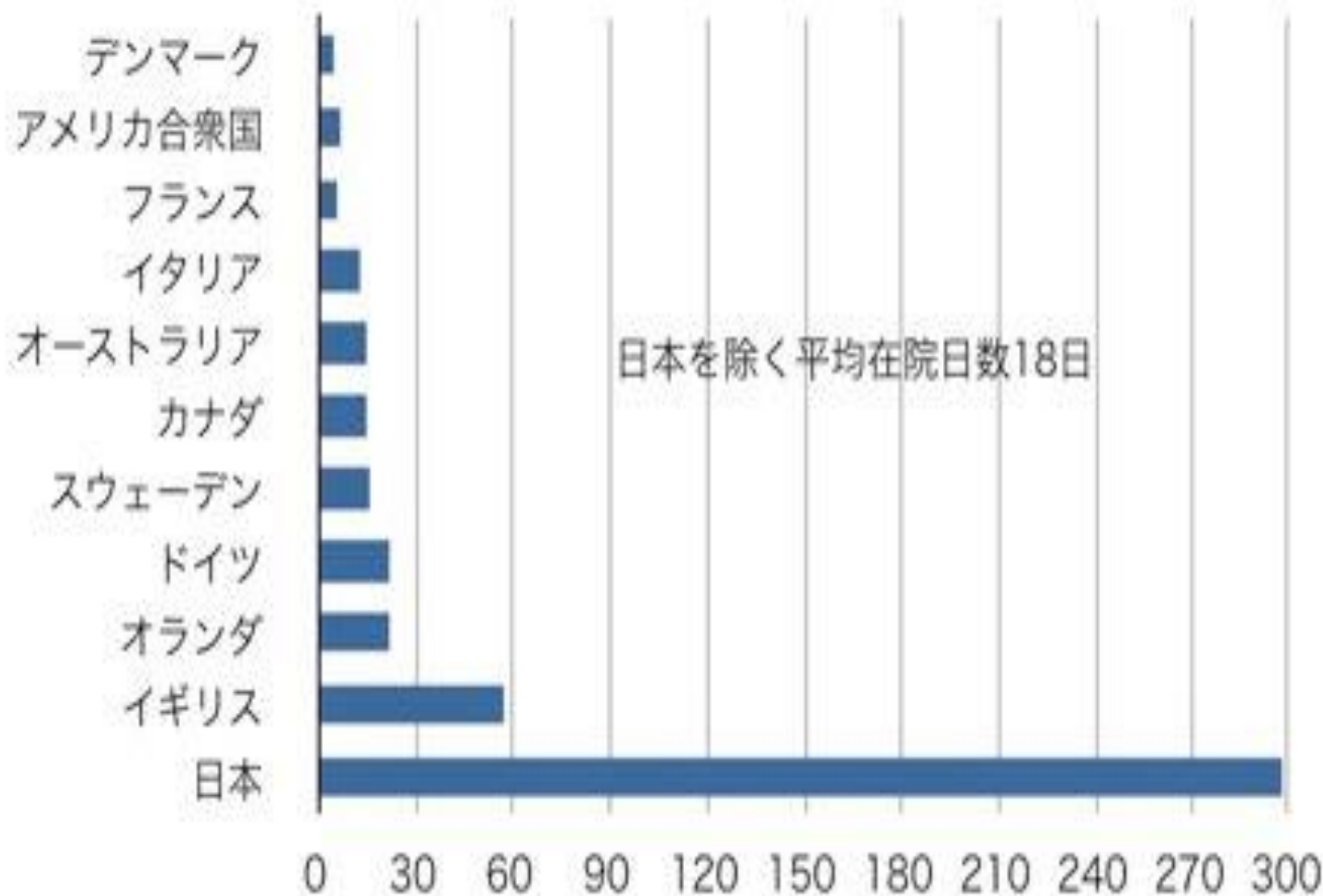
人口1000人当たり精神病床数の推移 (国際比較)



厚生労働省データより作成

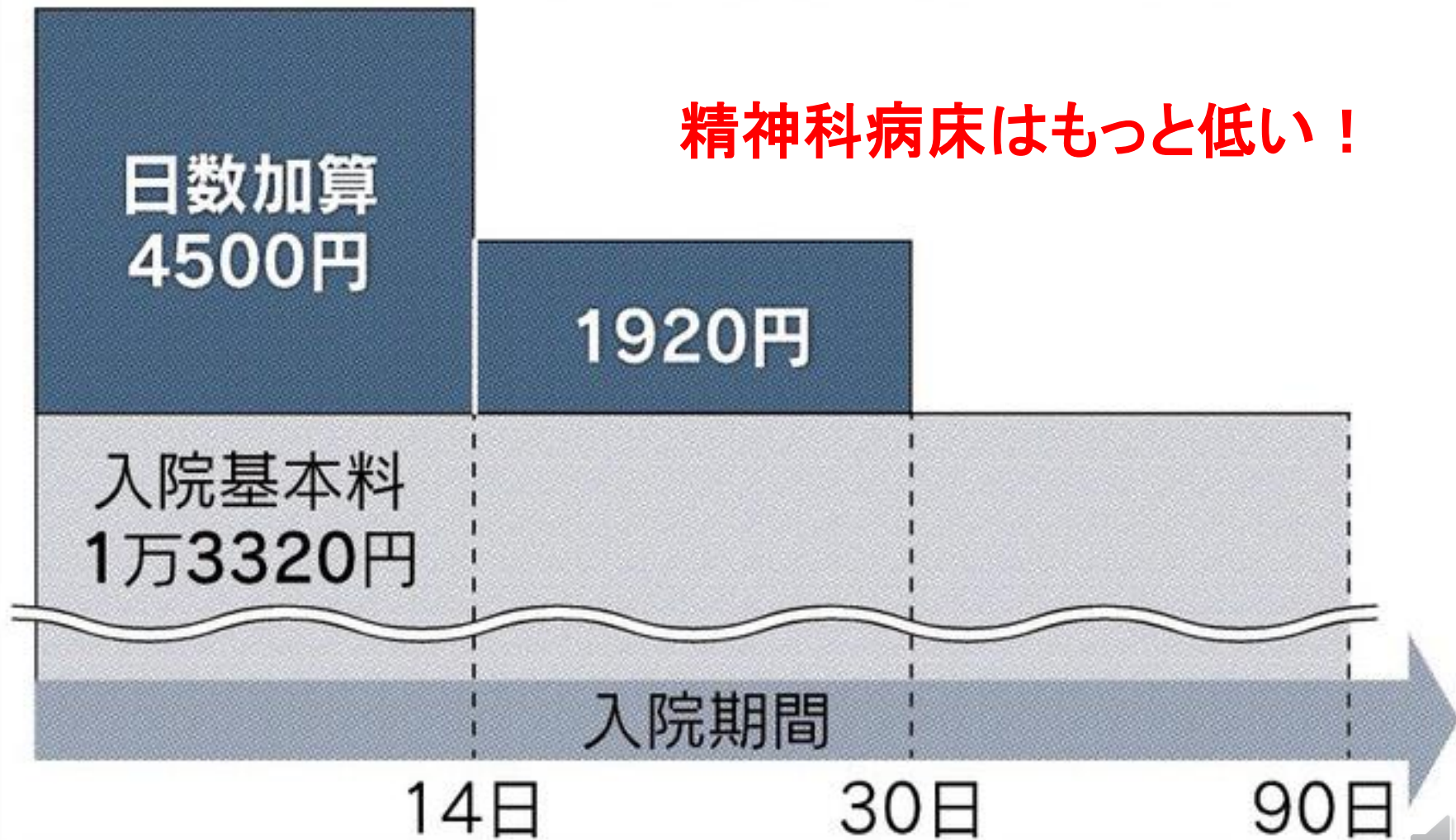


2005年退院者平均在院日数



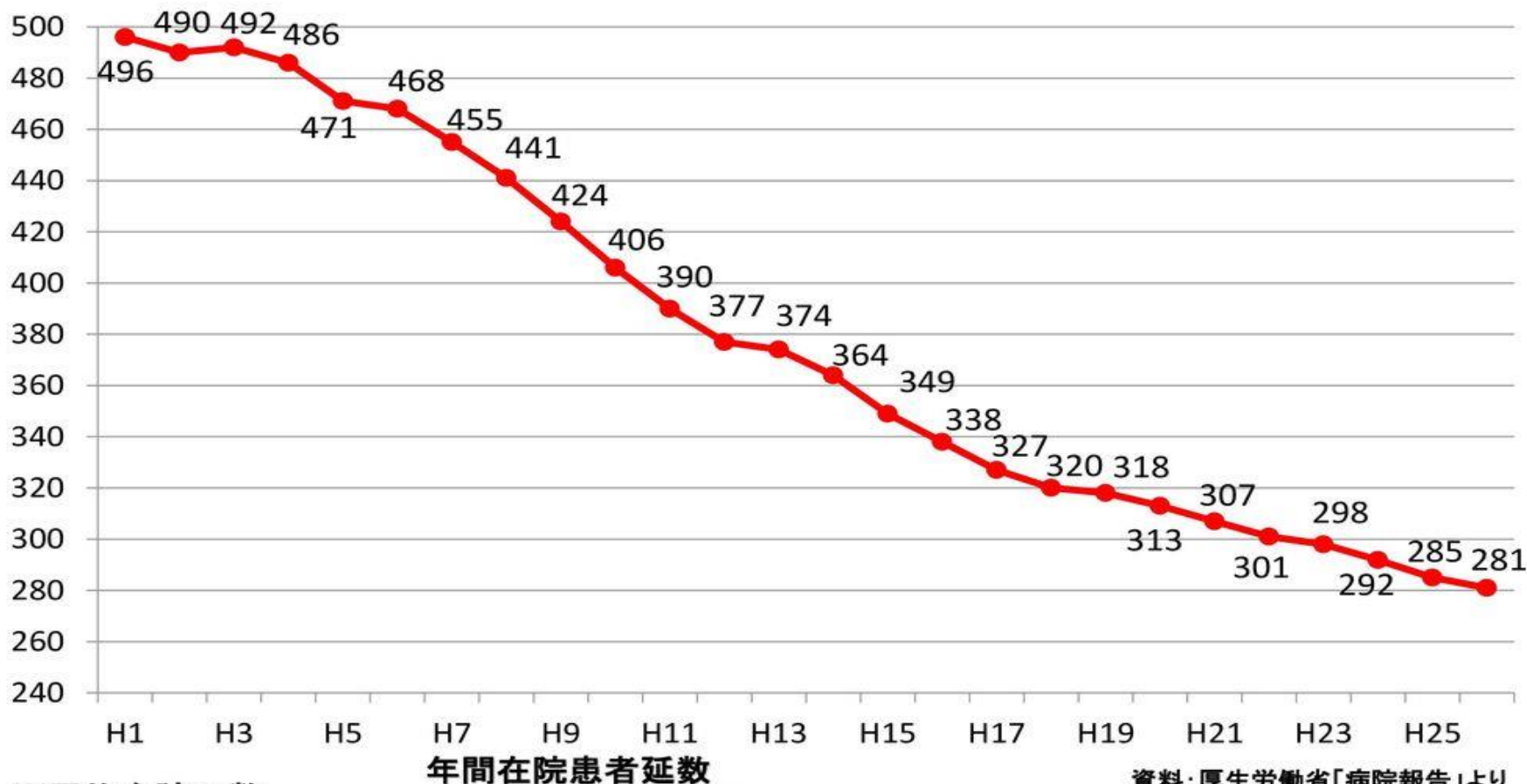
一般病棟入院基本料の仕組み

(1日あたり、看護体制10対1の場合)



精神病床における退院患者の平均在院日数の推移

在院日数
(単位:日)



※平均在院日数= $\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})$

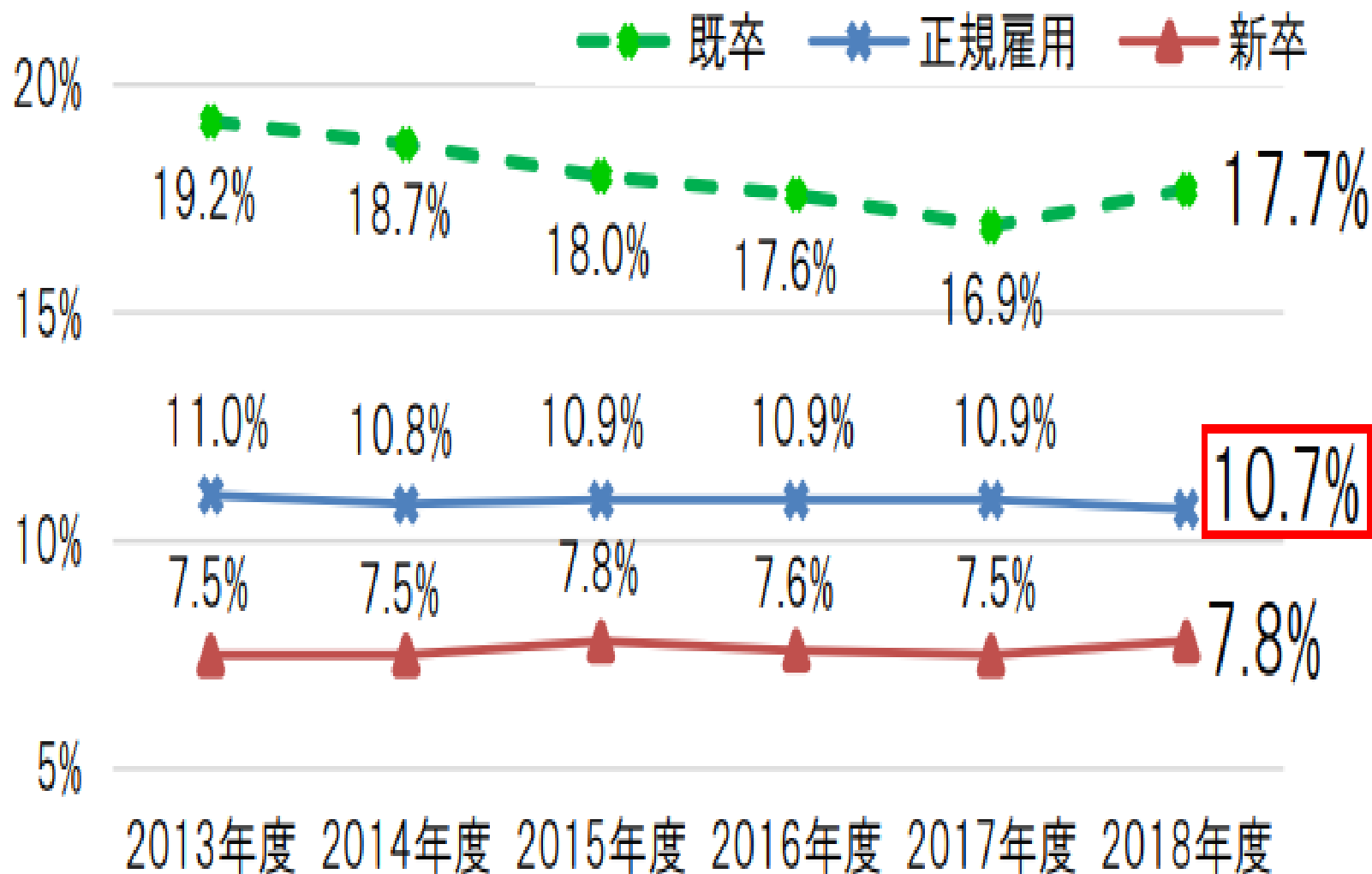
資料:厚生労働省「病院報告」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

長期入院する人は避けたい...



看護職の有効求人倍率





病院看護職員の離職率の推移



触法リスク者の医療への受け入れ円滑化のために

★普段からの顔の見える関係づくり

★触法リスク者について知識を深める機会を医療機関にも。

★普段から矯正からの対象者の支援チームに入ってもらふこと

→良い意味での巻き込み

★リスクアセスメントを共有できること

→現在の触法リスク・暴力リスク

→入院した際の触法リスク・暴力リスク

★医療側にケースマネジメントを具体的に示せること

→退院後の受け入れ先

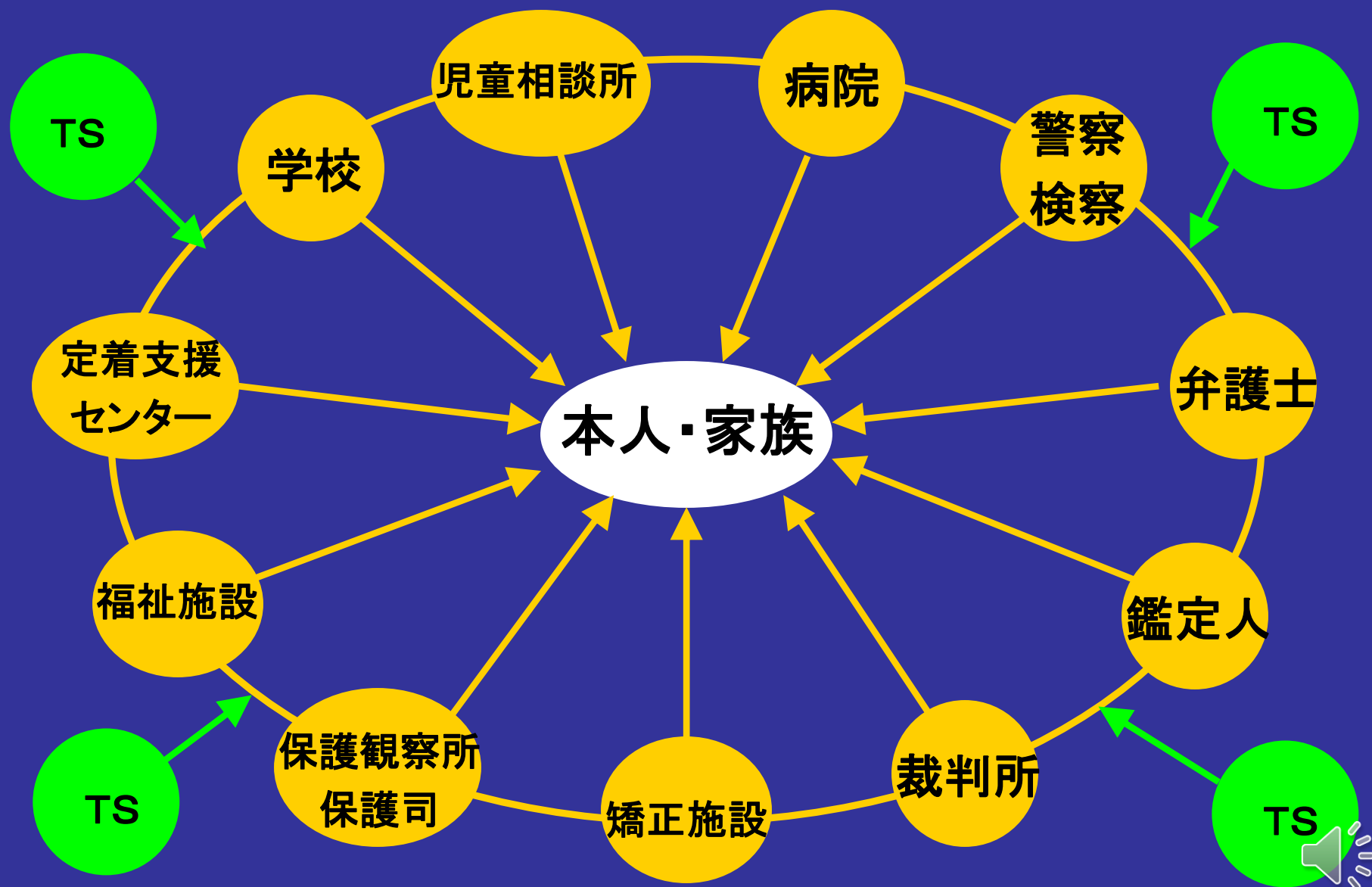
→緊急時のクライシスプラン

→緊急時の連携機関

→責任の分担化



支援が必要な方を犯罪から守る社会的ネットワーク



皆様と共に、
精神障害を抱える人が非行や犯罪の
被害や加害に巻き込まれないような、
安全なセーフティネットを
作っていきたいと考えています。
今後も御指導・御協力を宜しくお願いします。

御清聴ありがとうございました。

